



# REVISTA BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA

www.reumatologia.com.br



## Relato de caso

# Colecistite aguda acalculosa no lúpus eritematoso sistêmico: uma manifestação inicial rara<sup>☆</sup>



Valdano Manuel<sup>a,\*</sup>, Gertrudes Maria Pedro<sup>b</sup>, Lemuel Bornelli Cordeiro<sup>a</sup>  
e Sandra Maria da Rocha Neto de Miranda<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Gabinete de Ensino, Pós-graduação e Pesquisa, Clínica Girassol, Luanda, Angola

<sup>b</sup> Departamento de Medicina Interna, Clínica Girassol, Luanda, Angola

### INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 20 de dezembro de 2013

Aceito em 26 de março de 2014

On-line em 15 de agosto de 2014

Palavras-chave:

Lúpus eritematoso sistêmico

Colecistite aguda acalculosa

Tomografia computadorizada do abdome

Manifestação inicial

### R E S U M O

A colecistite aguda acalculosa é uma manifestação gastrointestinal rara no lúpus eritematoso sistêmico e ainda mais rara como manifestação inicial. Foram descritos apenas dois casos até o momento. Os autores relatam o caso de uma mulher negra de 20 anos, com quadro de colecistite aguda acalculosa revelada pela tomografia computadorizada do abdome. Durante a hospitalização, a paciente foi diagnosticada com lúpus eritematoso sistêmico. Houve remissão completa dos sintomas após tratamento conservador com antibióticos. Iniciou-se tratamento com corticosteroides no ambulatório. Embora a colecistectomia seja o tratamento de escolha em casos de colecistite aguda acalculosa como complicação do lúpus eritematoso sistêmico, a paciente respondeu bem ao tratamento conservador; logo, a cirurgia não foi necessária. Este caso é único em razão do modo como o corticosteroide foi iniciado no atendimento ambulatorial. É importante lembrar que a colecistite aguda acalculosa pode ser a manifestação inicial do lúpus eritematoso sistêmico, embora sua ocorrência seja rara. Deve-se considerar a realização de tratamento conservador. A tomografia computadorizada do abdome foi determinante para que fosse feita uma melhor avaliação da colecistite aguda acalculosa.

© 2013 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

### Acute acalculous cholecystitis in systemic lupus erythematosus: a rare initial manifestation

#### A B S T R A C T

Acute acalculous cholecystitis is a very rare gastrointestinal manifestation in systemic lupus erythematosus and becomes rarer as an initial manifestation. There are only two cases reported. The authors report a 20-year-old black woman that presented acute acalculous cholecystitis revealed by abdominal computed tomography. During hospitalization, she was diagnosed systemic lupus erythematosus. Conservative treatment with antibiotics was

Keywords:

Systemic lupus erythematosus

Acute acalculous cholecystitis

Abdominal computed tomography

Initial manifestation

<sup>☆</sup> Este estudo foi realizado na Clínica Girassol, Luanda, Angola.

\* Autor para correspondência.

E-mail: [valdanympub@gmail.com](mailto:valdanympub@gmail.com) (V. Manuel).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rbr.2014.03.028>

0482-5004/© 2013 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

performed with complete remission of the symptoms. Corticosteroid was started in ambulatory. Cholecystectomy has been the treatment of choice in acute acalculous cholecystitis as a complication of systemic lupus erythematosus. The patient responded well to conservative treatment, and surgery was not required. This case is unique in the way that corticosteroid was started in ambulatory care. We should not forget that the acute acalculous cholecystitis can be the initial presentation of systemic lupus erythematosus although its occurrence is very rare. Conservative treatment should be considered. Abdominal computed tomography was a determinant exam for better assessment of acute acalculous cholecystitis.

© 2013 Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

## Introdução

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença autoimune encontrada predominantemente no sexo feminino<sup>1-3</sup> em que quase todos os órgãos podem estar envolvidos com uma ampla gama de manifestações clínicas. A manifestação gastrointestinal geralmente é leve, mas o envolvimento da vesícula biliar é um evento incomum. A colecistite aguda acalculosa (CAA) é muito rara como complicação do LES, e torna-se ainda mais rara como manifestação inicial.<sup>1-9</sup> Foram relatados diversos casos de CAA como complicação do LES; não obstante, há relato de apenas dois casos em que a CAA ocorreu como manifestação inicial.<sup>5,9</sup>

## Relato de caso

Paciente do gênero feminino, negra de 20 anos, com histórico de poliartralgia migratória, foi admitida com febre, náusea e vômito, dor abdominal aguda no quadrante superior direito e referida perda de apetite. O exame físico evidenciou estado febril (38,6 °C), taquicardia (102 batimentos por minuto), membranas mucosas subictéricas e desidratadas. Constatou-se dor abdominal no quadrante superior direito com hepatomegalia de 8 cm abaixo do rebordo costal. A ausculta cardíaca revelou sopro protossistólico de grau II/VI em todos os focos cardíacos. Dados laboratoriais iniciais revelaram hemoglobina 7,6 g/dL, leucócitos 3.300/L, albumina 2,2 g/dL, alanina aminotransferase 86 U/L, aspartato aminotransferase 127 U/L, bilirrubina total 1,8 mg/dL; lactato desidrogenase 1.719 U/L e pesquisa de *plasmidium* negativa. A ultrassonografia do abdome confirmou a hepatomegalia e revelou esplenomegalia, vesícula biliar ligeiramente distendida, sem espessamento de sua parede. Durante a hospitalização, a paciente evoluiu com dor retroesternal, ortopneia, sensação de saciedade, aumento da dor no quadrante superior direito, náusea, vômito, diarreia e febre. A ausculta pulmonar revelou murmúrio vesicular ausente em ambas as bases pulmonares. A ausculta cardíaca continuava igual à da admissão. O abdome estava distendido, com uma hepatomegalia de 8 cm abaixo do rebordo costal. Constatou-se presença de sinal de onda líquida e de *Murphy*. Os membros inferiores apresentaram edema perimaleolar. Os principais achados laboratoriais são mostrados na [tabela 1](#). A telerradiografia do tórax mostrou derrame pleural bilateral de pequeno volume. A ecocardiografia revelou derrame pericárdico de 1,5 cm. A tomografia computadorizada

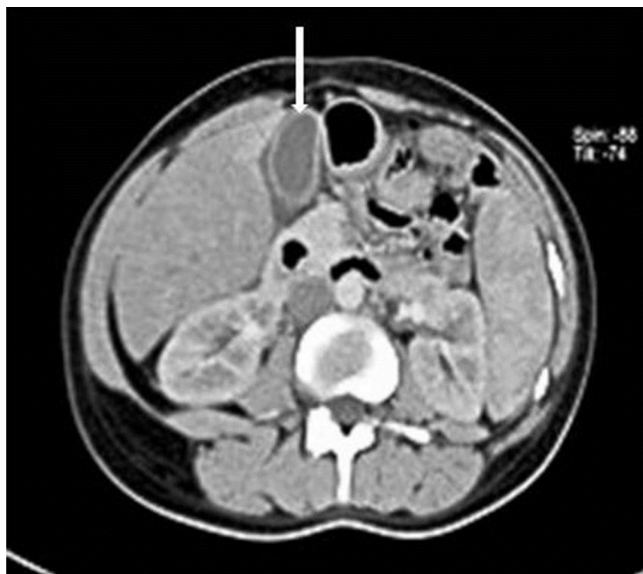
do abdome revelou espessamento parietal sem evidência de cálculo nem edema no entorno da vesícula biliar ([fig. 1](#)) e confirmou a presença de esplenomegalia, hepatomegalia e ascite. Com base nos achados dos exames físico, laboratoriais e de imagem, estabeleceu-se o diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico em fase inicial desencadeado pela colecistite aguda

**Tabela 1 – Achados laboratoriais durante a admissão**

Exame	Resultados	Valores de Referência
Pesquisa de <i>Plasmodium</i>	Negativa	Negativa
Hemoglobina	6,9 g/dL	11,5-15,5
Leucócitos	3,2 × 10 <sup>9</sup> /L	04-11
Plaquetas	342 × 10 <sup>9</sup> /L	150-400
Total de Proteínas	5,2 mg/dL	6,5-8,1
Proteinúria-24h	174 mg/dia	< 50
Albumina	2,3 mg/dL	3,5-5,0
ALT	80 U/L	< 0
AST	112 U/L	< 0
LDH	1.557 U/L	230-460
Fosfatase alcalina	155 U/L	32-92
GGT	256 U/L	< 0
Creatinina	0,4 mg/dL	0,6-1,3
Ureia	4 mg/dL	0,8-26
Amilase	28 U/L	36-128
Anti-HBs	0,44 S/CO	<,90
Anti-HCV	0,8 S/CO	<,9
Toxoplasmose	0,2 S/CO	<,8
FAN <sup>a</sup>	6 IU/mL	>,1 positivo
Anti-dsDNA <sup>a</sup>	80 IU/mL	> 0 positivo
C3 <sup>a</sup>	45,2 mg/dL	79-152
C4 <sup>a</sup>	7,1 mg/dL	16-38
Anticardiolipina IgM <sup>a</sup>	7,9 U MPL/mL	0,0-7,0
Anti-β2 glicoproteína 1 IgM <sup>a</sup>	12,1 U MPL/mL	0,0-5,0
Anti-β2 glicoproteína 1 IgG <sup>a</sup>	5,5 U GPL/mL	0,0-5,0
Anticorpo músculo liso <sup>a</sup>	1:80	<:20

ALT, alanina aminotransferase; AST, aspartato aminotransferase; LDH, lactato desidrogenase; GGT, gama-glutamil transferase; ANA, anticorpo antinuclear.

<sup>a</sup> Exame realizado no Serviço de Apoio ao Laboratório de Patologia – AMPATH.



**Figura 1 – A tomografia computadorizada do abdome revelou espessamento da parede da vesícula biliar, com presença de edema e sem cálculos nos entornos (seta).**

acalculosa. A paciente iniciou tratamento com ceftriaxona e metronidazol, furosemida e albumina. Em 10 dias, apresentava remissão completa dos sintomas. Iniciou-se tratamento com corticosteroides no ambulatório de reumatologia; logo, não foi necessária intervenção cirúrgica. De acordo com o feedback dos reumatologistas, a paciente aparentava estar bem e não apresentava sintomas até quatro meses após a alta.

## Discussão

O diagnóstico e tratamento das dores abdominais é sempre desafiador em pacientes com LES, já que podem ser causadas pela própria doença, por outras comorbidades ou pelos efeitos de medicamentos.<sup>1-3</sup> Há relatos de envolvimento dos sistemas gastrointestinal e hepatobiliar em que a vesícula biliar foi poupada.<sup>1-9</sup> A deposição de complexos imunes nas paredes dos vasos sanguíneos resulta em vasculite aguda. Estes eventos, por sua vez, resultam em isquemia e fibrose no órgão-alvo.<sup>4-9</sup> Eventos tromboembólicos são mais frequentemente observados em pacientes com LES, sendo que este risco aumenta quando o anticorpo anticardiolipina é positivo,<sup>10</sup> como no caso da anticardiolipina IgM, anti- $\beta$ 2 glicoproteína 1 positiva, embora em um título baixo. A paciente não preenchia os critérios para diagnóstico de síndrome antifosfolípide.<sup>10</sup> Histologicamente, a síndrome antifosfolípide é caracterizada por múltiplos trombos nos vasos da vesícula biliar, sem evidência de vasculite.<sup>5</sup> Raramente há envolvimento da vesícula biliar em pacientes com LES.<sup>1-9</sup> Relataram-se diversos casos de CAA como complicação do LES, mas apenas dois casos de CAA como manifestação inicial do LES – um em paciente pediátrico, outro em adulto.<sup>5,9</sup> Os critérios de classificação mais utilizados para o diagnóstico do LES são aqueles propostos pelo American College of Rheumatology e pelo Systemic Lupus International Collaborating Clinics, que exigem quatro ou mais itens para o diagnóstico de LES (manifestação

cutânea, manifestação articular, serosite, distúrbio renal, distúrbio hematológico, alterações imunológicas).<sup>11,12</sup> Neste caso, o paciente apresentou dores nas articulações periféricas, derrame pleural e pericárdico, proteinúria, anemia hemolítica, leucopenia, FAN positivo, anti-dsDNA positivo, anti- $\beta$ 2 glicoproteína 1 positiva, Sm positivo e complemento baixo. Quando há suspeita de que o envolvimento da vesícula biliar seja a causa das dores abdominais nestes pacientes, recomenda-se a realização de uma ultrassonografia e tomografia computadorizada do abdome para uma melhor avaliação da CAA.<sup>13</sup> Neste caso, a ultrassonografia do abdome realizada na admissão foi inconclusiva. A tomografia computadorizada do abdome foi essencial para revelar o espessamento da parede da vesícula biliar, com edema em seu entorno e sem a presença de cálculos. Trata-se de achados importantes para o diagnóstico de casos de CAA que não foram evidenciados na ultrassonografia realizada na admissão. Não foram constatados outros fatores de risco para colecistite. Neste caso, a CAA pode ocorrer em razão dos múltiplos trombos presentes nos vasos da vesícula biliar.<sup>8</sup> O tratamento da CAA tem sido controverso. Há quatro relatos de caso de pacientes com CAA com LES que não foram submetidos à colecistectomia e que responderam bem ao tratamento conservador com altas doses de corticosteroides.<sup>4,5,7,9</sup> Neste caso, em decorrência da melhora dos sintomas com antibióticos, iniciou-se tratamento com corticosteroides no acompanhamento ambulatorial. A cirurgia não foi realizada, justificando a ausência de descrição histológica. Em geral sugere-se altas doses de corticosteroides como tratamento de primeira linha para pacientes com uma boa condição geral, sem outros fatores de risco para a colecistite, sem complicações de saúde graves nem infecções.<sup>7</sup>

## Conclusões

Apesar de rara, não se deve esquecer que a colecistite aguda acalculosa, além de ser uma complicação, pode apresentar-se como a manifestação inicial do LES. Deve-se considerar um tratamento conservador. Neste caso, iniciou-se tratamento com corticosteroides depois da liberação da paciente, tornando este caso singular. Aconselha-se a realização de uma tomografia computadorizada para uma melhor avaliação da CAA.

## Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

## Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer a Dr. Humberto Morais e Dra. Bruna David pelas sugestões.

## REFERÊNCIAS

1. Tu Y-T, Yeh K-W, Chen L-C, Yao T-C, Ou L-S, Lee W-I, et al. Differences in Disease Features between Childhood – onset and Adult – onset in systemic lupus erythematosus patients presenting with Acute Abdominal Pain. *Semin Arthritis Rheum.* 2011;40:447-54.

2. Richer O, Ulinski T, Lemelle I, Ranchin B, Loirat C, Piette JC, et al. Abdominal manifestations in Childhood-onset systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis.* 2007;66:174-8.
3. Ebert EC, Hagspiel KD. Gastrointestinal and Hepatic Manifestations of Systemic Lupus Erythematosus. *J Clin Gastroenterol.* 2011;45:436-41.
4. Kamimmura T, Mimori A, Takeda A, Masuyama J, Yoshio T, Okazaki H, et al. Acute acalculous cholecystitis in systemic lupus erythematosus. *Lupus: a case report and review of the literature Lupus.* 1998;7:361-3.
5. Mendonça JA, Marques-Neto J, Prando P, Appenzeller S. Acute acalculous cholecystitis in juvenil systemic lupus erythematosus. *Lupus.* 2009;18:561-3.
6. Basiratnia M, Vasei M, Bahador A, Ebrahim E, Darakhshan A. Acute acalculous cholecystitis in a child with systemic lupus erythematosus. *Pediatr.* 2006;21:873-6.
7. Shin SJ, Na KS, Jung SS, Bae SC, Yoo DH, Kim SY, et al. Acute acalculous cholecystitis associated with systemic lupus erythematosus with Sjogren's syndrome. *Korean J Intern Med.* 2002;17:61-4.
8. Swanepoel CR, Floyd A, Allison H, Learmonth GM, Cassidy MJ, Pascoe MD. Acute acalculous cholecystitis complicating systemic lupus erythematosus: case report and review. *Br Med J Clin.* 1983;286:251-2.
9. Ghorbel IB, Souabni L, Lamloum M, Khanfir M, Braham A, Miled M, et al. Une cholécystite aiguë alithiasique révélant un lupus érythémateux systémique. *Gastroentérologie Clinique et Biologique.* 2009;33:1175-8.
10. Wilson AW, Gharavi AE, Koike T, Lockshin MD, Branch DW, Piette JC, et al. International consensus statement on preliminary classification criteria for definite antiphospholipid syndrome. Report on an international workshop. *Arthritis Rheum.* 1999;42:1309-11.
11. Hochberg MC. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic Lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* 1997;40:1725.
12. Petri M, Orbai AM, Alarcon GS, Gordon C, Merrill JT, Fortin PR, et al. Derivation and validation of the systemic lupus international collaborating clinics classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* 2012;64:2677e86.
13. Robert KZ. Cholelithiasis cholecystitis. *Textbook of gastrointestinal radiology.* Philadelphia: W.B. Saunders; 2000. p. 1330-45.